

HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR AGOSTINHO NETO"
GUANTANAMO

CIRUGIA DE URGENCIA EN RECIEN NACIDOS Y LACTANTES POR SINDROME OCCLUSIVO

Dr. Jacinto Robinson Jay¹, Dr. Leonardo Carballosa Espinosa², Dra. Abrahana del Pilar Cisneros Depestre.³

RESUMEN

Se realiza un estudio tipo caso control para caracterizar aspectos de interés relacionados con la morbilidad y mortalidad en pacientes con síndrome oclusivo en recién nacidos y lactantes en el Hospital Namibia durante todo el año 2005. Se describen diferentes variables, tales como: edad, sexo, síntomas y signos, investigaciones complementarias, diagnóstico etiológico, patologías asociadas, tiempo preoperatorio, anestesia, complicaciones y tiempo de hospitalización. El sexo más afectado fue el masculino (70 %). El 100 % de los casos recibe anestesia general endotraqueal. El grupo etario más frecuente corresponde a los recién nacidos (60 %). Los síntomas y signos más frecuentes de presentación fueron: dolor abdominal y distensión abdominal en el 100 % de los pacientes. Los diagnósticos etiológicos más comunes son: íleo meconial e imperforación anal. Ocurrieron 4 complicaciones anestésicas, ninguna mortal, no ocurrieron complicaciones quirúrgicas.

Palabras clave: ILEUS/ etiología; ILEUS/ cirugía; SEUDOBSTRUCCION INTESTINAL/ mortalidad; RECIEN NACIDO; LACTANTE.

INTRODUCCION

En los recién nacidos y lactantes no es rara la obstrucción intestinal en cualquier parte del conducto gastrointestinal desde la primera porción del duodeno hasta el ano, incluso durante la vida intrauterina.¹

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

² Master en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

³ Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.

El éxito o el fracaso del tratamiento no depende tanto del conocimiento exacto de la patogenia o de la localización precisa de la obstrucción, sino de la precocidad del diagnóstico clínico y de la inmediata implantación del tratamiento. Por otra parte, en caso de ser posible se evitará una laparotomía innecesaria.²

Existe un antecedente importante que es el polihidramnios en la madre. La distensión abdominal nos orienta sobre el nivel de obstrucción. En las primeras horas de la obstrucción el recién nacido puede expulsar meconio en el 50 % de los casos, pero después de las primeras 24 horas de establecida la oclusión aparece una distensión abdominal anormal.^{3,4}

Existen múltiples enfermedades capaces de producir una oclusión intestinal en recién nacidos y lactantes, entre ellas: atresia o estenosis intestinal, páncreas anular, mal rotación intestinal, hernias internas, bridas congénitas, vólvulos, íleo meconial, enfermedad de Hirschsprungs, invaginación intestinal, imperforación anal, hernias inguinales complicadas, entre otras.⁵

La inhibición de la peristalsis del intestino produce distensión con acumulación de líquido y aire; según la cantidad de asa comprometida así será la repercusión sobre el estado del paciente. El líquido que se acumula proviene en primer lugar de su propio contenido como manifestación de su falta de absorción. Esta distensión, a su vez, aumenta las secreciones entéricas hasta poder llegar a duplicar sus valores basales por mecanismos reflejos.⁶

Esto determina un tercer espacio con secuestro de líquidos isotónicos desde el espacio extracelular, que establecerá una deshidratación hipotónica. Si los aportes no son suficientes se produce un choque hipovolémico. Ante esta agresión el organismo pone en juego una serie de mecanismos compensadores que tienden a mantener la homeostasis.⁷⁻⁹ Ante la hipovolemia el organismo aumenta el tenor de catecolaminas y aldosterona que en gran medida deprimen la motilidad entérica.

Se establece una redistribución de la volemia, donde la arteria mesentérica cede parte importante de su caudal. Esto significa menor aporte de oxígeno a su territorio, es decir, hipoxia, con su secuencia de acidosis y liberación de sustancias vasodilatadores.¹⁰ Lo mismo ocurre a nivel renal donde hay una reducción del flujo de perfusión; se acelera la acidosis metabólica y la oliguria se hace presente.

Resumiendo el ocluido está en condiciones críticas por ser un paciente deshidratado, desmineralizado, toxémico, infectado, hipóxico, acidótico y hemoconcentrado.²⁻⁹

METODO

Se realiza un estudio en 10 recién nacidos y lactantes operados de urgencia por síndrome oclusivo en el Hospital Regional de Rundu, Namibia, África, desde el 1ro de enero de 2005 hasta el 31 de diciembre de ese mismo año.

En nuestro estudio se utilizan variables, tales como: edad, sexo, síntomas y signos, investigaciones complementarias, diagnóstico etiológico, patologías asociadas, tiempo preoperatorio, complicaciones y tiempo de hospitalización.

Los resultados son presentados en forma tabular y son comparados con estudios anteriores.

RESULTADOS Y DISCUSION

Hubo una incidencia del 60 % de recién nacidos (6 casos) en el total de pacientes estudiados. Esto coincide con la mayoría de los autores revisados ya que en la etapa neonatal es donde se diagnostica y opera el mayor número de pacientes con anomalías congénitas.^{2,5,6} (Tabla 1)

El sexo masculino predominó con 7 casos (70 %) (Tabla 1). No existe diferenciación en el sexo en cuanto este aspecto, aunque en nuestro estudio resultaron los pacientes con mayor número de anomalías congénitas y por lo tanto el mayor número de pacientes con síndrome oclusivo. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por Laurence.^{1,7,8}

Los síntomas y signos predominantes fueron dolor abdominal y distensión abdominal en los 10 pacientes (100 %) (Tabla 2). Este es uno de los elementos de los cuatro clásicos a presentarse (dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y no expulsión de heces ni de gases). Similares resultados fueron publicados por Kwok, entre otras bibliografías revisadas.^{2,9,10}

Muchas investigaciones complementarias fueron realizadas en estos pacientes, pero la más efectiva fue la radiografía de abdomen simple postero anterior de pie, lateral de pie y acostado, resultando positivo en 10 pacientes

(100 %) (Tabla 3). Existen diferentes medios diagnósticos como: hemograma completo, ionograma y gasometría, ultrasonido abdominal, pero la radiografía de abdomen simple es el estudio imaginológico más específico. Esto coincide con los estudios de Fonkals.^{3,4}

En este estudio predominó la imperforación anal y el íleo meconial con 2 pacientes cada uno (Tabla 4). Esto puede ser debido a que las madres presentaban hábitos de fumar y eran de avanzada edad, asociado a un deterioro nutricional. Hay que tener en cuenta que en nuestro estudio desarrollado en Africa, no existe un adecuado pesquizaje de anomalías congénitas en la etapa prenatal.

De los pacientes estudiados, 3, presentaban patologías asociadas como riñón poliquístico derecho, agenesia renal izquierda y agenesia de la quinta vértebra lumbar (Tabla 5). Las anomalías congénitas son frecuentes en muchos pacientes con estas entidades nosológicas.¹⁻⁹

Ocurrieron 4 complicaciones en el postoperatorio: acidosis metabólica, deshidratación, sepsis de la herida e íleo paralítico (Tabla 6).

CONCLUSIONES

1. El grupo etario más frecuente fue recién nacidos.
2. El sexo más afectado fue el masculino.
3. Los síntomas y signos mas frecuentes de presentación fueron el dolor abdominal y la distensión abdominal.
4. Los diagnósticos etiológicos más comunes fueron: íleo meconial e imperforación anal.
5. La radiografía de abdomen simple fue positivo en el 100 % de los casos.
6. Ocurrieron 4 complicaciones anestésicas, ninguna mortal y no ocurrieron complicaciones quirúrgicas.

RECOMENDACIONES

1. El personal médico y paramédico que trabaje fuera de los hospitales deben remitir rápidamente a los pacientes con estas patologías.
2. Divulgar información sobre estas enfermedades en los medios de difusión masiva.
3. Eliminar completamente los tratamientos con los curanderos tradicionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Carter CO, Evans KA. Inheritance of congenital pyloric stenosis. 2006; 6:223.
2. Kwok RH, Avery G. Seasonal variation of congenital hypertrophic pyloric stenosis. 2004; 70:963.
3. Fonkalsrud EW. Congenital atresia and stenosis of the duodenum. Pediatrics. 2004; 43:79.
4. Coran AG. Atresia of the colon. Surgery. 2004; 65:828.
5. Iorimier AA. Congenital atresia and stenosis of the jejunum and ileum. Surgery. 2004; 65:819.
6. Amir AK. Classification of reserved intestinal rotation. Surgery. 2003; 64:1071.
7. Rees JR. Anomalies of intestinal rotation and fixation. 2005; 116:864.
8. Cordonier JK. Meconium ileum equivalent. Surgery 2005; 54:667.
9. Thomaidis TS. The intestinal lesion in cystic fibrosis of the pancreas. J Pediatric. 2003; 63:444.
10. Asch. Total colon aganglionosis: report of nine cases. Arch Surg. 2004; 105:74.
11. Martin LW. Surgical management of Hirschsprung's disease involving the small intestine. Arch Surg. 2004; 97:183.
12. Ein SH. Recurrent intussusception in children. J Paediatric Surgery. 2004; 10:183.
13. Forshall I. Duplication of the intestinal tract. Post grad Med. 2005; 37:570.
14. Churxhil D. Postoperative complications. 2003; 73:834.

TABLA 1. EDAD Y SEXO.

EDAD	SEXO	
	Masculino	Femenino
0 – 29 días	4	2
1 mes – 12 meses	3	1
TOTAL	7	3

TABLA 2. RELACION ENTRE SINTOMAS Y SIGNOS.

SÍNTOMAS Y SIGNOS	No.	%
Dolor abdominal	10	100
Distensión abdominal	10	100
Vómitos	8	80
Constipación	7	70
Fiebre	4	40

TABLA 3. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

ESTUDIO COMPLEMENTARIO	PACIENTES	Positivo		Negativo	
		No.	%	No.	%
Radiografía de abdomen simple	10	10	100	-	-
Conteo diferencial de células blancas	10	7	70	3	30
Ultrasonido abdominal	6	3	50	3	50

TABLA 4. DIAGNOSTICO.

DIAGNÓSTICO	No.
Imperforación anal	2
Ileo meconial	2
Megacolon Aganglionico (Enfermedad de Hirschprung`s)	1
Onfalocele y hernia interna	1
Atresia de intestino delgado	1
Brida congénita	1
Malrotación intestinal y gastroquisis	1
Invaginación intestinal	1

TABLA 5. PATOLOGIAS ASOCIADAS.

PATOLOGÍA ASOCIADA	No.	%
Riñón poliquístico derecho	1	10
Agenesia del riñón izquierdo	1	10
Agenesia de la quinta vértebra lumbar	1	10
TOTAL	3	30

TABLA 6. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	No.	%
Acidosis metabólica	1	10
Deshidratación	1	10
Sepsis de la herida	1	10
Ileo paralítico	1	10
TOTAL	4	40